Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Validation de l'autoévaluation de la santé mentale

par Farah N. Mawani et Heather Gilmour

Juillet 2010

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Validation de l'autoévaluation de la santé mentale

par Farah N. Mawani et Heather Gilmour

Résumé

Contexte

Le présent article porte sur l'évaluation de l'association entre l'autoévaluation de la santé mentale et certains troubles mesurés selon la Composite International Diagnostic Interview des World Mental Health Surveys (WMH-CIDI), certains diagnostics autodéclarés de troubles mentaux et la détresse psychologique dans la population canadienne.

Données et méthodes

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être de 2002. Des fréquences pondérées et des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer la prévalence de chaque mesure de morbidité mentale et de chaque autoévaluation de la santé mentale selon certaines caractéristiques. Les scores moyens d'autoévaluation de la santé mentale ont été calculés pour chaque mesure de morbidité mentale. L'association entre l'autoévaluation de la santé mentale et chaque mesure de morbidité mentale a été analysée au moyen de modèles de régression logistique.

Résultats

En 2002, selon les estimations, 1,7 million de Canadiens de 15 ans et plus (7 %) jugeaient que leur santé mentale était passable ou mauvaise. L'autoévaluation de la santé mentale (AESM) moyenne était systématiquement plus faible, et la cote exprimant le risque de juger sa santé mentale passable/mauvaise, significativement plus élevée, chez les personnes catégorisées comme présentant une morbidité mentale que chez celles n'entrant pas dans cette catégorie. Un gradient dans les scores moyens d'AESM et dans la cote exprimant le risque de déclarer une santé mentale passable/mauvaise en fonction de la récence des troubles mentaux mesurés selon la WMH-CIDI est apparent. Un pourcentage appréciable de participants à l'enquête catégorisés comme ayant une morbidité mentale ne percevaient pas leur santé mentale comme étant passable/mauvaise.

Interprétation

Bien que l'autoévaluation de la santé mentale ne soit pas un substitut des mesures spécifiques de santé mentale, elle pourrait être utile pour surveiller l'état général de santé mentale.

Mots-clés

Agoraphobie, dépression, enquêtes sur la santé des populations, phobie sociale, santé mentale perçue, trouble bipolaire, trouble panique.

Auteurs

Farah N. Mawani (613-682-1862; fmawani@mentalhealthcommission.ca) travaille à la Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa (Ontario) K1Z 7K4. Heather Gilmour (613-951-2114, Heather.Gilmour@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Les études visant à déterminer à quel point l'autoévaluation de la *santé*, qui est une mesure d'usage très répandu, reflète l'état de santé *mentale*[1-3] donnent à penser qu'une mesure spécifique d'autoévaluation de la santé mentale (AESM) est nécessaire. En fait, une telle mesure a été utilisée dans un certain nombre d'enquêtes au Canada et ailleurs dans le monde, dont le Supplément sur la santé mentale à l'Enquête sur la santé en Ontario, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les enquêtes de la World Mental Health Initiative réalisées dans 28 pays.

Des études récentes ont démontré l'existence d'associations entre l'autoévaluation de la santé mentale et la classe sociale[4], le soutien familial et le conflit culturel familial[5], l'appartenance à la communauté[6], l'utilisation des services[7-11], la poursuite d'un traitement aux antidépresseurs[12], ainsi que la détresse, la limitation des activités et le fonctionnement social[13]. Cependant, on possède assez peu de renseignements indiquant ce que représente effectivement l'AESM et si elle mesure bien l'état de santé mentale courant et prédit bien l'état de santé mentale futur[13]. Une seule étude[13] a porté sur les associations transversales entre l'AESM et une gamme de mesures validées de la santé mentale. Selon cette étude, l'AESM était plus fortement corrélée à l'autoévaluation de la santé générale qu'aux mesures de la santé mentale examinées. La présente étude a pour but d'évaluer les associations entre l'AESM et une gamme plus étendue de mesures de la santé mentale et s'appuie pour cela sur d'autres méthodes analytiques que celles employées dans l'étude susmentionnée.

Données et méthodes

Source des données

La présente analyse est fondée sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être (cycle 1.2), qui

a débuté en mai 2002 et s'est déroulée sur une période de huit mois. Il s'agit de la seule enquête représentative de la population réalisée par Statistique Canada qui comprenne à la fois l'autoévaluation de la santé mentale et plusieurs mesures spécifiques et non spécifiques de la morbidité mentale. Elle a pour champ d'observation la population à domicile de 15 ans et plus des dix provinces. Les personnes vivant en établissement, les habitants des réserves indiennes, de certaines régions éloignées et des trois territoires, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes sont exclus.

L'échantillon a été tiré de la base de sondage aréolaire de l'Enquête sur la population active. Les logements ont été sélectionnés dans cette base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans ou plus a été sélectionnée aléatoirement dans chaque ménage échantillonné. Les participants à l'enquête ont été sélectionnés de manière que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés, pour que les tailles d'échantillon soient suffisantes pour ces groupes d'âge. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview sont décrits plus en détail dans d'autres rapports déjà publiés et sur le site Web de Statistique Canada[14,15].

Toutes les entrevues ont été menées en se servant d'une application assistée par ordinateur. La plupart d'entre elles (86 %) ont été effectuées sur place, et les autres, par téléphone. Les réponses par personne interposée n'étaient pas acceptées. L'échantillon de répondants comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus, ce qui représente un taux de réponse de 77 %.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence de chaque type de morbidité mentale, ainsi que les caractéristiques associées avec chacun d'eux et avec les scores d'AESM.

Pour chaque type de morbidité mentale, le score moyen d'AESM a été calculé pour l'ensemble des personnes présentant l'état en question. Puis, on a examiné la signification des écarts entre les scores moyens des personnes présentant et ne présentant pas chaque type de morbidité.

Des modèles de régression logistique non corrigés ont servi à évaluer l'association entre chaque type de morbidité mentale et l'AESM. Pour chaque état morbide, nous avons également utilisé des modèles de régression logistique multivariée contenant des variables de contrôle pour le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le statut d'immigrant et l'existence de problèmes de santé physique chroniques. Nous n'avons pas utilisé de modèles à cotes proportionnelles parce que l'hypothèse des cotes proportionnelles n'était pas satisfaite.

Toutes les estimations et les analyses sont fondées sur des données pondérées qui reflètent la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile de 15 ans et plus des dix provinces en 2002. Afin de tenir compte des effets de plan, nous avons estimé les erreurs-types et les coefficients de variation par la méthode du *bootstrap*[16-18].

Définitions

Autoévaluation de la santé mentale

Pour obtenir *l'autoévaluation de la santé mentale*, on a posé la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? » Les réponses ont été regroupées en deux catégories : passable/mauvaise et bonne/très bonne/excellente. Pour calculer les scores *moyens d'autoévaluation de la santé mentale*, une valeur numérique a été attribuée aux réponses, la santé mentale étant d'autant meilleure que le score est élevé : 5 (excellente); 4 (très bonne); 3 (bonne); 2 (passable); 1 (mauvaise).

Mesures de la morbidité mentale

Dans la présente étude, les « mesures de la morbidité mentale » renvoient collectivement à trois types de mesures : les troubles mesurés selon la version des World Mental Health Surveys de la Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) (mois précédent, au cours des 2 à 12 derniers mois ou au cours de la vie), les troubles diagnostiqués par un professionnel de la santé autodéclarés, et la détresse psychologique non spécifique. Les types de morbidité mentale examinés sont la dépression, le trouble bipolaire I, le trouble panique et la phobie sociale, les autodéclarations d'un diagnostique par un professionnel de la santé de trouble dysthymique, de psychose, de schizophrénie ou de trouble obsessionnel-compulsif, ainsi que la mesure K6 de la détresse psychologique (définie à la page suivante).

Ont été considérés comme présentant une morbidité mentale les participants à l'enquête qui satisfaisaient aux critères établis pour au moins un trouble mesuré selon la WMH-CIDI, qui avaient autodéclaré le diagnostic d'au moins un trouble mental, et(ou) qui étaient classés dans la catégorie de détresse intense ou modérée.

Troubles mesurés selon la WMH-CIDI

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes comprend la mesure de plusieurs troubles mentaux au moyen de la WMH-CIDI, un instrument fondé sur les définitions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé (DSM-IV®-TR)[19]. Le questionnaire de la WMH-CIDI a été conçu pour mesurer la prévalence des troubles mentaux au niveau communautaire et peut être administré par des intervieweurs non professionnels. Dans la présente analyse, quatre catégories ont été créées pour chaque trouble afin d'identifier les personnes qui répondaient aux critères pour le trouble au cours du mois précédent, au cours des 2 à 12 derniers mois, au cours de la vie mais non au cours des 12 derniers mois, ou qui n'y avaient jamais répondu.

Les personnes satisfaisant aux critères d'un *épisode dépressif majeur au cours de la vie* sont celles qui ont déclaré :

1. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir persistant pendant au moins deux semaines et s'accompagnant d'au moins cinq symptômes de dépression, qui représentent un changement de fonctionnement;
2. que les symptômes ont causé une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie;
3. que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, qu'ils ont persisté pendant plus de deux mois ou qu'ils s'accompagnaient d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires ou d'un ralentissement psychomoteur.

Les personnes satisfaisant aux critères d'un *épisode dépressif majeur au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue* sont celles qui ont déclaré :

1. répondre aux critères d'un épisode dépressif majeur au cours de la vie.
2. avoir vécu un épisode dépressif au cours du mois ou au cours des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. une souffrance cliniquement significative ou une altération de leur fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour *le trouble bipolaire I*, les personnes satisfaisant aux critères d'un *épisode maniaque au cours de la vie* sont celles qui ont déclaré :

1. une période nettement délimitée d'humeur euphorique, expansive ou irritable persistant au moins une semaine;
2. au moins trois des sept symptômes suivants (au moins quatre si l'humeur est seulement irritable) : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur; réduction du besoin de sommeil; plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment; fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent; distractibilité; augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice; engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables;
3. une altération marquée des activités quotidiennes normales, du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou bien que la perturbation de l'humeur comporte des caractéristiques psychotiques, ou bien que la perturbation était suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation.

Les personnes satisfaisant aux critères d'un *épisode maniaque au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue* sont celles qui ont déclaré :

1. répondre aux critères d'un épisode maniaque au cours de la vie;
2. avoir vécu un épisode maniaque au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.

Les personnes satisfaisant aux critères d'un *trouble panique au cours de la vie* sont celles qui ont déclaré :

1. avoir eu au moins quatre attaques récurrentes et inattendues de panique;
2. qu'au moins une de ces attaques de panique a été suivie pendant un mois ou plus de la crainte d'avoir d'autres attaques, ou de préoccupations à propos des conséquences des attaques ou de changements de comportement en relation avec les attaques.

Les personnes satisfaisant aux critères d'un *trouble panique au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue* sont celles qui ont déclaré :

1. remplir les critères de trouble panique au cours de la vie;
2. avoir eu une attaque de panique au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. avoir éprouvé une détresse émotionnelle importante durant une attaque de panique survenue durant le mois ou durant les 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Les personnes satisfaisant aux critères de *phobie sociale au cours de la vie* sont celles qui ont déclaré :

1. qu'elles éprouvent une peur intense et persistante d'une ou de plusieurs situations sociales ou situations de performance durant lesquelles elles sont en contact avec des gens non familiers ou peuvent être exposées à l'éventuelle observation attentive d'autrui, et craignent d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante;
2. que l'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété;
3. qu'elles reconnaissent le caractère excessif ou irraisonné de la peur;
4. qu'elles évitent les situations sociales ou de performance redoutées ou les vivent avec une anxiété ou une détresse intense;
5. qu'elles éprouvent une perturbation importante de leurs habitudes, de leurs activités professionnelles ou scolaires ou de leurs activités sociales ou de leurs relations avec autrui;
6. qu'elles étaient âgées d'au moins 18 ans la dernière fois qu'elles ont redouté fortement ou évité une situation sociale ou de performance; ou qu'elles ne savaient pas quel âge elles avaient la dernière fois qu'elles avaient redouté fortement ou évité une situation sociale ou de performance, mais qu'elles avaient au moins 18 ans; ou qu'elles avaient redouté fortement ou évité une situation sociale ou de performance pendant plus de six mois.

Les personnes satisfaisant aux critères de *phobie sociale au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue* sont celles qui ont déclaré :

1. remplir les critères de phobie sociale au cours de la vie;
2. avoir redouté ou évité une ou plusieurs situations sociales ou de performance au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. avoir éprouvé une détresse cliniquement significative ou une altération de leur fonctionnement social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les personnes satisfaisant aux critères *d'agoraphobie au cours de la vie* sont celles qui ont déclaré :

1. éprouver de l'anxiété à l'égard d'endroits ou de situations d'où il pourrait être difficile ou embarrassant de s'échapper et redouter d'avoir une attaque de panique;
2. éviter les situations associées à l'agoraphobie; ou endurer ces situations en éprouvant une détresse ou une anxiété marquée; ou nécessiter la présence d'un accompagnant dans ces situations.

Les personnes satisfaisant aux critères *d'agoraphobie au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue* sont celles qui ont déclaré :

1. répondre aux critères d'agoraphobie au cours de la vie du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes / WMH-CIDI;
2. avoir redouté ou évité les situations agoraphobiques au cours du mois ou des 2 à 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Les participants à l'enquête qui satisfaisaient aux critères de l'un des troubles suivants – dépression, trouble bipolaire I, trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie – au cours du mois qui a précédé l'entrevue ont été considérés comme présentant un *trouble mesuré selon la WMH-CIDI au cours du mois précédent*. Des catégories semblables ont été créées pour les personnes présentant un *trouble mesuré selon la WMH-CIDI au cours des 2 à 12 mois précédents* et présentant un *trouble mesuré selon la WMH-CIDI au cours de la vie*.

Les personnes qui satisfaisaient aux critères correspondant à au moins deux des troubles suivants – dépression, trouble bipolaire I, trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie – au cours du mois qui a précédé l'entrevue ont été considérées comme présentant de *multiples troubles mesurés selon la WMH-CIDI au cours du mois précédent*. Des catégories semblables ont été créées pour les personnes présentant de *multiples troubles mesurés selon la WMH-CIDI au cours des 2 à 12 mois précédents* et celles présentant de *multiples troubles mesurés selon la WMH-CIDI au cours de la vie, mais non au cours des 12 mois précédents*.

Troubles mentaux autodéclarés

La présence de *troubles mentaux autodéclarés* a été déterminée en posant aux répondants des questions sur les troubles qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui avaient duré ou qui devaient vraisemblablement durer six mois ou plus. Les intervieweurs ont lu une liste de troubles mentaux comprenant le trouble dysthymique, la schizophrénie, la psychose et le syndrome de stress post-traumatique. Les personnes qui ont déclaré n'importe lequel de ces troubles ont été considérées comme présentant un *trouble mental autodéclaré*; celles qui ont déclaré deux de ces troubles ou plus ont été considérées comme présentent de *multiples troubles mentaux autodéclarés*.

Détresse psychologique (K6)

La détresse psychologique est un état de santé mentale négatif non spécifique. La mesure comportant six items (K6) est basée sur un sous-ensemble d'items de la WMH-CIDI[20]. Cette mesure s'est avérée au moins aussi sensible que la mesure correspondante à dix items (K10) en ce qui concerne la discrimination entre les cas et les non-cas de maladie mentale grave, et est par conséquent utilisée plus fréquemment dans les enquêtes nationales. Le score de détresse psychologique, qui peut varier de 0 à 24, est basé sur des questions au sujet de la fréquence à laquelle la personne s'est sentie « nerveuse », « désespérée », « agitée ou ne tenant pas en place », « si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire », « telle que tout était un effort », et(ou) « bonne à rien » au cours du mois précédent. Plus le score est élevé, plus la détresse est grande. Les scores ont été regroupés en trois catégories de détresse : intense (13 à 24), modérée (9 à 12), et aucune (0 à 8).

Covariables

Quatre *groupes d'âge* ont été établis pour les besoins de l'analyse : 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, et 65 ans et plus.

Trois catégories d'*état matrimonial* ont été définies : marié(e) ou union libre; veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e); jamais marié(e).

Les participants à l'enquête ont été regroupés en cinq catégories en fonction du *niveau de scolarité le plus élevé atteint* : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, diplôme d'études collégiales ou d'une école de métiers, et diplôme universitaire.

Le *revenu du ménage* est fondé sur le revenu total autodéclaré du ménage en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Pour chaque ménage, on a calculé le rapport entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes dans le ménage et à la taille de la collectivité. Ces ratios ont été corrigés en les divisant par le ratio le plus élevé pour l'ensemble des participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les ratios corrigés ont été regroupés en déciles (dix groupes, contenant chacun environ le dixième de la population canadienne) qui ont ensuite été regroupés en quintiles : inférieur (déciles 1 et 2); moyen-inférieur (3 et 4); moyen (5 et 6); moyen-supérieur (7 et 8); et supérieur (9 et 10).

Le *statut d'immigrant* est basé sur la citoyenneté à la naissance et l'immigration au Canada. Les personnes qui n'étaient pas des citoyens canadiens de naissance et qui ont indiqué une année d'immigration ont été considérées comme des immigrants.

Des questions ont été posées aux participants à l'enquête sur les problèmes de santé physique diagnostiqués par un professionnel de la santé et ayant duré ou devant durer en principe six mois ou plus. Les intervieweurs ont lu une liste de problèmes de santé. La présente analyse porte sur les 18 *problèmes de santé chroniques* suivants : l'asthme,

l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, les ulcères, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux, les problèmes de la thyroïde, la cataracte, le glaucome et la démence.

Résultats

En 2002, selon les estimations, 1,7 million de Canadiens de 15 ans et plus (7 %) jugeaient leur santé mentale passable ou mauvaise, 2,0 millions (8 %) répondaient aux critères d'un trouble mesuré selon la WMH-CIDI, 496 000 (2 %) ont déclaré qu'on avait diagnostiqué chez eux un trouble mental, 579 000 (2 %) étaient considérés comme éprouvant une détresse intense et 1,3 million (5 %), une détresse modérée (tableau 1).

Tableau 1
Nombre et pourcentage de cas d'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, de trouble mental mesuré selon la WMH-CIDI, de trouble mental diagnostiqué autodéclaré et de détresse psychologique, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Auto-évaluation de la santé mentale passable/mauvaise		Trouble mesuré selon la WMH-CIDI (12 mois précédents)		Trouble mental diagnostiqué autodéclaré		Détresse psychologique			
							Intense		Modérée	
Caractéristiques	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	**1 715,2**	**6,9**	**2 037,0**	**8,4**	**496,0**	**2,0**	**579,2**	**2,3**	**1 305,1**	**5,2**
Sexe										
Hommes†	742,5	6,0	758,9	6,3	207,3	1,7	244,4	2,0	576,9	4,7
Femmes	972,7	7,7*	1 278,0	10,4*	288,7	2,3*	334,8	2,6*	728,3	5,8*
Groupe d'âge										
15 à 24 ans†	255,3	6,2	474,4	11,6	58,8	1,4	97,4	2,4	310,1	7,5
25 à 44 ans	654,1	6,9	882,4	9,5*	210,6	2,2*	239,2	2,5	485,6	5,1*
45 à 64 ans	564,1	7,4*	563,9	7,6*	184,6	2,4*	185,1	2,4	361,2	4,8*
65 ans et plus	241,7	6,5	116,3	3,3*	42,0	1,1	57,6	1,6*	148,2	4,0*
État matrimonial										
Marié(e)/union libre†	827,7	5,4	952,2	6,4	225,9	1,5	275,9	1,8	624,1	4,1
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	394,4	12,3*	360,2	11,7*	104,0	3,3*	121,3	3,8*	223,1	7,0*
Jamais marié(e)	490,2	7,7*	722,5	11,6*	166,1	2,6*	182,0	2,9*	455,8	7,2*
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires†	566,0	9,0	542,4	8,9	125,8	2,0	205,4	3,3	426,9	6,8
Diplôme d'études secondaires	321,9	6,9*	389,7	8,5	76,9	1,6	115,7	2,5*	236,3	5,1*
Études postsecondaires partielles	148,5	7,1*	216,6	10,7*	55,6	2,7	53,8	2,6	125,6	6,1
Diplôme collégial / d'une école de métiers	424,2	6,3*	541,2	8,3	138,7	2,1	131,7	2,0*	317,9	4,8*
Diplôme universitaire	230,8	4,6*	331,2	6,9*	98,3	2,0	66,0	1,3*	188,3	3,8*
Quintile de revenu du ménage										
Inférieur†	529,0	11,7	483,3	11,0	156,6	3,5	216,9	4,8	388,7	8,6
Moyen-inférieur	343,0	7,6*	384,6	8,8*	89,4	2,0*	112,9	2,5*	248,9	5,5*
Moyen	269,4	5,9*	346,3	7,7*	84,2	1,8*	91,7	2,0*	176,9	3,9*
Moyen-supérieur	248,5	5,6*	341,1	7,8*	67,8	1,5*	47,3E	1,1*E	194,9	4,4*
Supérieur	143,5	3,2*	291,0	6,7*	57,7	1,3*	45,3E	1,0*E	129,8	2,9*
Immigrant										
Oui	327,4	6,0*	307,2	5,7*	65,0	1,2*	103,6	1,9	283,5	5,2
Non†	1 360,0	7,0	1 711,1	9,1	422,9	2,2	459,6	2,4	1 002,6	5,2
Problème de santé chronique										
Oui	1 322,0	9,6*	1 375,6	10,4*	397,4	2,9*	469,7	3,4*	877,8	6,4*
Non†	356,7	3,5	573,9	5,7	95,4	0,9	95,7	0,9	369,4	3,6

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002.

Facteurs sociodémographiques

La répartition de la morbidité mentale selon le sexe était la même pour la plupart des mesures de morbidité mentale et l'AESM. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir une AESM correspondant à la catégorie passable/mauvaise, de satisfaire aux critères pour les troubles mesurés selon la WMH-CIDI, sauf le trouble bipolaire I (pas d'écart significatif) (tableau A en annexe) et d'autodéclarer les troubles mentaux diagnostiqués visés par l'étude, sauf la schizophrénie (pas d'écart significatif) (tableau B en annexe).

La répartition selon l'âge de l'AESM et de la morbidité mentale diffère selon la mesure. Dans le cas de l'AESM, la prévalence de la catégorie passable/mauvaise était relativement constante d'un groupe d'âge à l'autre — seules les personnes de 45 à 64 ans étaient plus susceptibles que celles appartenant au groupe le plus jeune d'autoévaluer leur santé mentale comme étant passable/mauvaise. La prévalence des troubles mentaux mesurés selon la WMH-CIDI diminuait quand l'âge augmentait. De même, les personnes appartenant au groupe d'âge le plus jeune étaient plus susceptibles que celles des groupes plus âgés de faire état d'une détresse psychologique intense. Les groupes d'âge moyens étaient plus susceptibles que le groupe le plus jeune de déclarer des troubles mentaux diagnostiqués.

Un gradient de revenu était manifeste, les personnes appartenant au quintile inférieur de revenu étant plus susceptibles d'évaluer leur santé mentale comme passable/mauvaise que celles des quintiles plus élevés. Le gradient était comparable pour le niveau de scolarité, les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires étant plus susceptibles que celles ayant atteint les niveaux plus élevés de scolarité de déclarer une santé mentale passable/mauvaise. Dans le cas des troubles mesurés selon la WHM-CIDI, des troubles mentaux diagnostiqués autodéclarés et de la

détresse psychologique, la prévalence était aussi généralement plus faible parmi les groupes de revenu plus élevé. Un profil comparable à celui du niveau de scolarité s'observait pour la détresse psychologique.

Mesure de la morbidité mentale

En moyenne, les scores d'AESM étaient plus faibles chez les personnes présentant une morbidité mentale que chez celles n'en présentant pas (tableau 3). Un gradient dans les scores moyens d'AESM se dégageait chez les personnes manifestant un trouble mesuré selon la WMH-CIDI au cours du mois qui a précédé l'enquête, comparativement à celles ayant présenté un trouble au cours des 2 à 12 mois ayant précédé l'enquête, celles ayant des antécédents du trouble (épisode au cours de la vie, mais non au cours des 12 derniers mois), et celles n'ayant jamais vécu d'épisode.

La prévalence d'une AESM passable/mauvaise variait selon la mesure de morbidité mentale individuelle et la période de référence de l'épisode (tableau 2). Pour les troubles mesurés selon la WMH-CIDI, la prévalence de la catégorie passable/mauvaise d'AESM variait de près de 10 % chez les personnes satisfaisant aux critères de dépression au cours de la vie, mais non au cours des 12 derniers mois, à 58 % chez celles répondant aux critères de dépression au cours du mois précédent. La prévalence de l'AESM passable/mauvaise était la plus élevée chez les personnes ayant vécu un épisode le mois précédent, plus faible chez celles ayant vécu un épisode au cours des 2 à 12 mois précédents, encore plus faible chez celles ayant vécu un épisode à un moment donné au cours de la vie, et la plus faible chez celles n'ayant jamais vécu d'épisode de trouble mental.

Chez les personnes qui ont déclaré que l'on avait diagnostiqué chez elles un trouble mental, la prévalence globale de l'AESM passable/mauvaise était de 46 % comparativement à 6 % chez celles n'ayant pas déclaré de trouble mental. La prévalence de l'AESM passable/mauvaise variait de 46 % chez

Tableau 2
Prévalence de l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, selon la mesure de la morbidité mentale, et rapports de cotes reliant les mesures de la morbidité mentale à l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, population de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

Mesures de la morbidité mentale	Prévalence de l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise (%)	Modèle 1 (non corrigé) Rapport de cotes	Modèle 1 (non corrigé) Intervalle de confiance à 95 % de	Modèle 1 (non corrigé) Intervalle de confiance à 95 % à	Modèle 2 (corrigé)[2] Rapport de cotes	Modèle 2 (corrigé)[2] Intervalle de confiance à 95 % de	Modèle 2 (corrigé)[2] Intervalle de confiance à 95 % à
Trouble mesuré selon la WMH-CIDI							
N'importe lequel							
Mois précédent	45,0	12,4*	10,1	15,1	11,2*	9,1	13,9
2 à 12 mois précédents	27,4	6,6*	5,5	8,0	6,3*	5,2	7,7
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	10,1	2,5*	2,1	2,9	2,4*	2,0	2,8
Jamais[1]	3,5	1,0	..	..	1,0	..	..
Dépression							
Mois précédent	58,1	26,0*	19,5	34,5	22,4*	16,5	30,4
2 à 12 mois précédents	32,7	9,1*	7,4	11,2	8,1*	6,5	10,1
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	9,7	2,0*	1,7	2,4	1,9*	1,5	2,3
Jamais[1]	5,1	1,0	..	..	1,0	..	..
Trouble bipolaire I							
Mois précédent	51,9*	16,3*	10,0	26,5	13,1*	7,4	23,2
2 à 12 mois précédents	39,0*	9,7*	6,9	13,6	7,4*	5,1	10,7
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	22,3	4,3*	3,2	5,8	3,4*	2,5	4,7
Jamais[1]	6,2	1,0	..	..	1,0	..	..
Trouble panique							
Mois précédent	49,0*	14,9*	10,7	20,8	11,4*	7,8	16,7
2 à 12 mois précédents	32,9*	7,6*	5,5	10,6	6,2*	4,8	13,9
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	14,4*	2,6*	1,9	3,5	2,4*	1,8	3,2
Jamais[1]	6,0	1,0	..	..	1,0	..	..
Phobie sociale							
Mois précédent	45,2	14,9*	11,6	19,0	13,7*	10,7	17,5
2 à 12 mois précédents	30,9	8,1*	6,2	10,5	7,6*	5,7	10,2
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	16,0	3,4*	2,8	4,2	3,4*	2,8	4,2
Jamais[1]	5,3	1,0	..	..	1,0	..	..
Agoraphobie							
Mois précédent	34,5*	7,5*	4,4	12,9	5,5*	2,9	10,6
2 à 12 mois précédents	31,3*	6,5*	3,3	12,9	4,7*	2,3	9,9
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	16,7*	2,8*	1,7	4,8	2,8*	1,7	4,8
Jamais[1]	6,6	1,0	..	..	1,0	..	..
Multiples							
Mois précédent	73,4	46,2*	30,2	70,7	37,3*	22,9	60,8
2 à 12 mois précédents	38,5	8,4*	6,0	11,8	6,8*	4,7	9,7
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	15,2	2,7*	2,0	3,6	2,6*	2,0	3,5
Jamais[1]	5,7	1,0	..	..	1,0	..	..
Trouble mental diagnostique autodéclaré							
N'importe lequel							
Oui	46,2*	13,4*	11,1	16,1	10,2*	8,4	12,6
Non[1]	6,0	1,0	..	..	1,0	..	..
Trouble dysthymique							
Oui	45,7*	11,7*	7,5	18,0	11,3*	6,8	18,7
Non[1]	6,7	1,0	..	..	1,0	..	..
Schizophrénie							
Oui	53,5*	15,9*	8,7	29,1	11,5*	6,3	21,1
Non[1]	6,7	1,0	..	..	1,0	..	..
Psychose							
Oui	54,2*	16,9*	13,0	22,1	12,7*	9,5	17,1
Non[1]	6,5	1,0	..	..	1,0	..	..
Syndrome de stress post-traumatique							
Oui	46,0*	12,3*	9,6	15,8	8,8*	6,7	11,7
Non[1]	6,5	1,0	..	..	1,0	..	..
Multiples							
Oui	69,4*	31,7*	20,9	48,0	23,0*	14,5	36,4
Non[1]	6,7	1,0	..	..	1,0	..	..
K6 - Détresse psychologique							
Intense (score de 13 à 24)	61,2	36,4*	30,0	44,1	28,2*	22,9	34,7
Modérée (score de 9 à 12)	30,2	10,0*	8,4	11,7	8,4*	7,1	10,0
Aucune (score de 0 à 8)[1]	4,2	1,0	..	..	1,0	..	..

[1] catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
[2] modèles corrigés pour les caractéristiques sociodémographiques et de santé physique, voir les tableaux C, D et E en annexe
[3] valeur significativement différente de celle pour toutes les autres catégories ($p < 0,05$); valeur p corrigée pour les comparaisons simultanées
[4] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
.. n'ayant pas lieu de figurer

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002.

Tableau 3
Moyenne et distribution en pourcentage des scores d'autoévaluation de la santé mentale, selon les mesures de morbidité mentale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Score d'autoévaluation de la santé mentale											
	Score moyen			Distribution en pourcentage								
		Intervalle de confiance à 95 %		1 (Mauvaise)		2 (Passable)		3 (Bonne)		4 (Très bonne)		5 (Excellente)	
Mesures de la morbidité mentale	Moyenne	de	à	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Trouble mesuré selon la WMH-CIDI													
N'importe lequel													
Mois précédent	2,7*	2,6	2,7	132,6	16,4*	232,5	28,8*	268,7	33,3*	130,4	16,2*	43,0	5,3E*
2 à 12 mois précédents	3,1*	3,0	3,2	57,3	5,3*	240,6	22,2*	419,7	38,7*	271,2	25,0*	96,2	8,9*
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,7*	3,6	3,7	30,5	1,0E*	266,8	9,1*	941,2	31,9*	1 168,7	39,7	540,1	18,3*
Jamais†	4,0	4,0	4,0	55,5	0,3	629,5	3,2	4 645,1	23,9	7 972,0	41,1	6 102,9	31,5
Dépression													
Mois précédent	2,3*	2,1	2,4	81,5	26,1*	102,0	32,7*	94,6	30,3	24,9	8,0E*	F	F
2 à 12 mois précédents	3,0*	2,9	3,1	45,1	7,0*	166,4	25,7*	243,8	37,7*	144,6	22,3*	47,6	7,3*
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,6*	3,6	3,7	21,9	1,3E*	142,3	8,4*	563,2	33,2*	653,0	38,5	317,0	18,7*
Jamais†	3,9	3,9	4,0	133,0	0,6	990,5	4,5	5 546,1	25,1	8 915,8	40,3	6 544,0	29,6
Trouble bipolaire I													
Mois précédent	2,5*	2,3	2,8	14,4	16,3E*	31,5	35,6*	24,3	27,5E	16,0	18,2E*	F	F
2 à 12 mois précédents	2,8*	2,7	3,0	20,6	14,1E*	36,4	24,9*	45,9	31,4	32,6	22,3*	10,6	7,3E*
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,3*	3,1	3,4	15,5	4,5E*	61,5	17,9*	115,9	33,7*	119,5	34,8	31,3	9,1E*
Jamais†	3,9	3,9	3,9	231,8	1,0	1 276,8	5,3	6 288,9	25,9	9 597,4	39,5	6 893,5	28,4
Trouble panique													
Mois précédent	2,5*	2,3	2,7	38,8	23,0*	43,6	25,9*	50,8	30,2	28,0	16,6E*	F	F
2 à 12 mois précédents	3,1*	2,6	3,5	F	F	F	F	8,3	25,3E	F	F	F	F
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,6*	3,5	3,7	7,5	1,4E	67,8	12,9*	152,0	28,9	212,6	40,5	85,3	16,2*
Jamais†	3,9	3,9	3,9	206,7	0,9	1 217,0	5,2	6 078,7	25,8	9 356,1	39,7	6 720,4	28,5
Phobie sociale													
Mois précédent	2,7*	2,5	2,8	50,0	15,1*	99,8	30,1*	108,0	32,6*	53,1	16,0*	F	F
2 à 12 mois précédents	3,0*	2,9	3,1	39,8	9,6E*	88,2	21,4*	157,0	38,0*	90,3	21,8*	38,1	9,2*
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,5*	3,4	3,6	20,1	1,7E*	168,5	14,3*	381,5	32,3*	441,2	37,4	169,7	14,4*
Jamais†	3,9	3,9	3,9	169,2	0,7	1 030,6	4,5	5 784,0	25,3	9 160,2	40,1	6 693,6	29,3
Agoraphobie													
Mois précédent	2,9*	2,6	3,2	7,1	10,7E*	15,7	23,8E*	23,3	35,4E	14,3	21,7E*	F	F
2 à 12 mois précédents	2,9*	2,7	3,1	F	F	25,7	25,4E*	45,4	44,8*	20,9	20,7E*	F	F
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,6*	3,4	3,8	F	F	28,1	16,2E*	36,5	21,1	76,7	44,3	31,2	18,0E*
Jamais†	3,9	3,9	3,9	272,9	1,1	1 342,0	5,5	6 368,1	26,0	9 661,0	39,4	6 894,1	28,1
Multiples													
Mois précédent	2,0*	1,8	2,1	44,2	34,5*	49,7	38,9*	26,8	21,0E	F	F	F	F
2 à 12 mois précédents	2,8*	2,7	3,0	15,3	8,9E*	50,8	29,6*	64,5	37,6*	33,8	19,7E*	F	F
Au cours de la vie, pas les 12 mois précédents	3,5*	3,4	3,6	F	F	75,0	13,9*	175,5	32,4*	214,4	39,7	68,9	12,7*
Jamais†	3,9	3,9	3,9	192,1	0,8	1 172,1	4,9	6 115,7	25,7	9 459,9	39,8	6 834,8	28,8
Trouble mental diagnostiqué autodéclaré													
N'importe lequel													
Oui	2,7*	2,6	2,8	73,1	14,7*	156,1	31,5*	161,1	32,5*	68,2	13,8*	37,4	7,6E*
Non†	3,9	3,9	3,9	216,0	0,9	1 263,7	5,2	6 348,1	25,9	9 734,7	39,8	6 907,7	28,2
Trouble dysthymique													
Oui	2,7*	2,5	3,0	10,2	12,2E*	28,0	33,5*	25,9	31,0E	14,9	17,9E*	F	F
Non†	3,9	3,9	3,9	280,1	1,1	1 394,6	5,6	6 488,9	26,1	9 788,9	39,3	6 941,7	27,9
Schizophrénie													
Oui	2,6*	2,2	2,9	12,1	19,2E*	21,7	34,4E*	17,3	27,5E	F	F	F	F
Non†	3,9	3,9	3,9	278,4	1,1	1 401,9	5,6	6 496,4	26,1	9 797,5	39,3	6 940,5	27,9
Psychose													
Oui	2,5*	2,3	2,6	36,8	21,7*	55,2	32,5*	48,9	28,8	20,0	11,8E*	F	F
Non†	3,9	3,9	3,9	252,9	1,0	1 366,0	5,5	6 464,9	26,1	9 784,3	39,4	6 937,7	28,0
Syndrome de stress post-traumatique													
Oui	2,7*	2,5	2,8	41,2	16,3*	75,3	29,7*	83,1	32,8*	33,0	13,0*	20,8	8,2E*
Non†	3,9	3,9	3,9	248,7	1,0	1 347,0	5,5	6 427,9	26,0	9 771,0	39,5	6 924,9	28,0
Multiples													
Oui	2,1*	1,9	2,3	23,7	36,6*	21,3	33,0*	12,2	18,8E	5,7	8,8E*	F	F
Non†	3,9	3,9	3,9	265,2	1,1	1 397,2	5,6	6 496,5	26,1	9 797,2	39,4	6 943,4	27,9
K6 - Détresse psychologique													
Intense (score de 13 à 24)	2,3*	2,2	2,4	144,0	24,9*	210,7	36,4*	158,5	27,4	48,0	8,3*	17,8	3,1E*
Modérée (score de 9 à 12)	3,0*	2,9	3,1	67,1	5,2E*	326,6	25,0*	533,5	40,9*	271,5	20,8*	105,5	8,1*
Aucune (score de 0 à 8)†	4,0	3,9	4,0	78,5	0,3	879,9	3,8	5 786,0	25,1	9 466,9	41,1	6 809,1	29,6

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$))
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F coefficient de variation de plus de 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002

celles déclarant un diagnostic de trouble dysthymique ou de syndrome de stress post-traumatique à 54 % chez celles déclarant un diagnostic de psychose ou de schizophrénie. La prévalence la plus élevée d'une AESM passable/mauvaise (69 %) s'observait chez les personnes déclarant plusieurs diagnostics de troubles mentaux.

Au moins 61 % de personnes éprouvant une détresse intense ont déclaré que leur santé mentale était passable/mauvaise, comparativement à 30 % de celles dont la détresse était modérée et à 4 % de celles n'éprouvant pas de détresse.

La cote exprimant le risque de juger sa santé mentale passable/mauvaise était plus élevée chez les personnes souffrant d'un trouble mesuré selon la WMH-CIDI, d'un trouble mental diagnostiqué ou d'une détresse psychologique modérée/intense que chez celles ne présentant aucun de ces types de morbidité mentale (tableau 2). Les rapports de cotes ont été légèrement atténués dans les modèles contenant des variables de contrôle pour les caractéristiques sociodémographiques et pour la présence de problèmes de santé physique chroniques, mais les relations persistaient (tableaux C, D et E en annexe).

Parmi l'ensemble des mesures de morbidité mentale examinées dans la présente étude, une proportion allant de 27 % (troubles multiples selon la WMH-CIDI au cours du dernier mois) à 70 % (détresse modérée) des participants à l'enquête considérés comme présentant une morbidité mentale ne percevaient pas leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise (tableau 2). En outre, 4 % de personnes sans aucun trouble au cours de la vie, 6 % de personnes sans aucun trouble autodéclaré, 4 % de personnes sans détresse intense jugeaient leur santé mentale passable ou mauvaise (tableau 2).

Discussion

Répartition sociodémographique

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de percevoir leur santé mentale comme étant passable/mauvaise et d'entrer dans la catégorie des personnes présentant une morbidité mentale, ce qui correspond à la constatation générale que la prévalence de la plupart des troubles mentaux est plus élevée chez les femmes et que celles-ci ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que les hommes[21]. Il reste à déterminer si cette situation tient à des différences d'état de santé objectif dues à des facteurs biologiques ou liés au sexe, ou à des différences non aléatoires, telles que l'utilisation de sources de comparaison et de cadres de référence différents pour l'autoévaluation de la santé[21].

Les courbes de répartition selon l'âge obtenues pour l'AESM diffèrent de celles pour certaines autres mesures de la morbidité mentale. La prévalence des troubles mentaux mesurés selon la WMH-CISI diminue quand l'âge augmente, tandis que la prévalence mesurée selon l'AESM ne le fait pas. Ces résultats ne concordent pas entièrement avec ceux d'une étude antérieure montrant que la prévalence de l'anxiété et de la colère diminue à mesure que l'âge augmente, tandis que celle de la dépression suit une courbe en forme de U, le niveau étant plus élevé chez les jeunes et les personnes âgées que chez les personnes d'âge moyen[22]. Le fait que nous n'observons pas une courbe en U pour la dépression dans la présente étude pourrait être dû à l'utilisation du module de la dépression de la WMH-CIDI plutôt que l'échelle de dépression CES-D, ou à la définition de grands groupes d'âge. La différence entre la répartition selon l'âge observée pour l'AESM et celle observée pour d'autres mesures de la santé mentale dans ces analyses pourrait avoir pour cause les biais introduits par les mesures selon la WMH-CIDI, le fait que l'AESM ne reflète pas la même chose que les autres mesures, ou le fait que les membres de différents groupes d'âge n'utilisent pas les mêmes cadres de référence et sources de comparaison quand ils répondent aux questions. Le module de la dépression de la WMH-CIDI utilisé dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été validé auprès d'échantillons cliniques uniquement et non auprès d'échantillons communautaires pour lesquels il a été conçu[23]. Le module pourrait donc produire une erreur de classification de la dépression qui varie selon l'âge.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- De plus en plus fréquemment, les enquêtes sur la santé des populations comportent une question ordinale à un seul item sur l'autoévaluation de la santé mentale, mais on en sait peu au sujet de l'association entre cette mesure et celles de la morbidité mentale.
- Les travaux de recherche donnent à penser que l'autoévaluation de la santé mentale est associée à d'autres mesures de la morbidité mentale, y compris la détresse psychologique non spécifique, les symptômes de dépression, la limitation des activités et le fonctionnement physique et émotionnel, mais qu'elle ne les remplace pas.

Ce qu'apporte l'étude

- Les associations entre l'autoévaluation de la santé mentale et une gamme étendue de mesures de la morbidité mentale sont fortes et cohérentes, et révèlent l'existence de gradients dans les scores moyens d'autoévaluation de la santé mentale et dans les cotes exprimant le risque de juger sa santé mentale passable/mauvaise en fonction de la récence des troubles mentaux mesurés selon la WMH-CIDI.
- Un pourcentage appréciable de personnes catégorisées comme présentant une morbidité mentale ne percevaient pas leur santé mentale comme étant passable/mauvaise.
- Les points forts et les limites de l'autoévaluation de la santé mentale devraient être pris minutieusement en considération dans l'analyse des données d'enquête.

La courbe de répartition selon l'âge contradictoire pourrait aussi indiquer que l'AESM traduit quelque chose de plus que la présence d'un trouble mental ou d'une détresse intense, et que d'autres facteurs qui évoluent avec l'âge sont associés à l'autoévaluation de la santé mentale. Selon Ross et Mirowsky[22], même si les émotions positives (par exemple, satisfaction à l'égard de la vie) augmentent et les émotions négatives (par exemple, inquiétude, anxiété, colère) diminuent avec l'âge, l'érosion du sentiment individuel de pouvoir (à cause du déclin physique, de la perte d'un emploi ou d'êtres chers, de débouchés limités dans l'avenir et du sentiment de n'avoir plus que quelques années à vivre) peut contribuer au déclin de la santé mentale avec l'âge.

La répartition selon l'âge de l'AESM passable/mauvaise peut aussi être due à l'utilisation de sources de comparaison et de cadres de référence différents par les personnes de divers âges. Les participants à l'enquête appliquent des critères complexes et multiniveaux quand ils évaluent leur état de santé général[3], et les référents varient selon le groupe d'âge. Toutefois, aucuns travaux n'ont visé à déterminer si les référents servant à l'autoévaluation de la santé *mentale* diffèrent aussi selon le groupe d'âge[2]. Aucune étude n'a été effectuée non plus pour examiner les sources de comparaison utilisées par les participants à l'enquête pour évaluer leur santé mentale. Nous ne savons pas si les personnes comparent leur état de santé mentale courant à leur état de santé mentale quand elles étaient plus jeunes, à l'état de santé mentale d'autres personnes appartenant à leur groupe d'âge, leur famille ou leur communauté, ou si ces sources diffèrent selon l'âge.

Les résultats de la présente étude indiquent qu'il existe un gradient socioéconomique, les personnes appartenant aux quintiles inférieurs de revenu et de niveau de scolarité étant les plus susceptibles de déclarer que leur santé mentale est passable/mauvaise. Ces résultats corroborent ceux d'études antérieures utilisant plusieurs mesures de la morbidité mentale, dont la mauvaise santé psychosociale[24], la détresse[5,26], la dépression[27,28], la schizophrénie[28], le trouble panique, les phobies et le trouble anxieux généralisé[28].

Les résultats sont également semblables à ceux obtenus pour l'autoévaluation de la santé *générale*. La plupart de la recherche portant sur les différences socioéconomiques de l'autoévaluation de la santé au Canada, aux États-Unis et en Europe montre qu'un pourcentage relativement élevé de personnes de faible statut socioéconomique déclarent que leur santé est passable/mauvaise[29-32], quoique dans certains pays en développement, les gradients sont inversés[33]. Aucune étude n'a encore été effectuée en vue d'examiner la relation entre l'AESM et l'état de santé mentale évalué ou observé cliniquement, de sorte que l'on ne sait pas si la concordance entre ces deux mesures varie selon le statut socioéconomique.

Variation de l'AESM selon la récence de l'épisode et la mesure de morbidité

Puisque l'AESM est une mesure impliquant la situation courante, les gradients de la cote exprimant le risque de déclarer une santé mentale passable/mauvaise et des scores moyens selon la récence de l'épisode peuvent témoigner du succès du traitement et(ou) de la guérison chez les personnes ayant présenté un trouble au cours de la vie mais n'ayant vécu aucun épisode au cours des 12 derniers mois.

Les variations de la prévalence d'une AESM passable/mauvaise en fonction des mesures de morbidité mentale individuelles peuvent refléter des différences de fardeau de la maladie ou de stigmatisation[34] associée à chaque état mental morbide[28,35]. La forte prévalence d'une AESM passable/mauvaise chez les personnes déclarant un diagnostic de schizophrénie correspond à la caractérisation de cette dernière comme étant « la maladie mentale la plus grave et la plus débilitante... caractérisée par des idées délirantes, des hallucinations, un comportement désorganisé, des symptômes négatifs (par exemple, l'absence d'émotion), et un dysfonctionnement social/professionnel »[28]. Étant donné le fardeau de la maladie, la stigmatisation qui y est associée, ou une combinaison des deux, les personnes qui déclarent souffrir de schizophrénie pourraient être plus susceptibles de juger leur santé mentale passable/mauvaise que celles qui déclarent ou répondent aux critères d'autres troubles mentaux.

La prévalence élevée d'une AESM passable/mauvaise chez les personnes déclarant plusieurs diagnostics de troubles mentaux est en harmonie avec l'observation d'une association entre la comorbidité et des symptômes psychiatriques plus graves, une plus grande incapacité fonctionnelle[36], une plus longue durée de la maladie, moins de compétences sociales et une plus grande utilisation des services[37].

L'association de la détresse modérée et intense avec une AESM passable/mauvaise est en accord avec le fait que la mesure K6 est conçue en vue de traduire un état négatif non spécifique de santé mentale basé sur un sous-ensemble d'items de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI), et avec la constatation d'une association comparable faite par Fleishman et Zuvekas[13] en utilisant des données provenant de la Medical Expenditure Panel Survey réalisée aux États-Unis.

La persistance de toutes les associations significatives entre une AESM passable/mauvaise et les diverses mesures de morbidité mentale étudiées dans les modèles multivariés indique que ces associations sont robustes, et indépendantes des facteurs sociodémographiques et de la présence de problèmes de santé physique chroniques.

Manque de correspondance avec les mesures de la morbidité mentale

Le pourcentage appréciable de participants à l'enquête classés comme présentant une morbidité mentale qui ne percevaient pas leur santé mentale comme passable/mauvaise pourrait tenir

à une classification incorrecte, une gravité plus faible des symptômes, un manque de récence des symptômes, un fardeau plus faible de la maladie, un manque de compréhension de la morbidité, un traitement fructueux ou la guérison. L'AESM pourrait donc sous-estimer la prévalence de la morbidité mentale, l'importance de cette sous-estimation variant selon la morbidité. Cette éventualité limite la valeur de l'AESM en tant que mesure de la santé mentale pour certaines applications, telles que l'étude des causes des états mentaux morbides ou la prédiction du besoin d'un traitement.

Le faible pourcentage de participants à l'enquête classés dans la catégorie des personnes *sans* morbidité mentale qui perçoivent leur santé mentale comme étant passable/mauvaise donne à penser que l'AESM pourrait refléter des symptômes sous-liminaires, et(ou) que d'autres facteurs que les états mentaux morbides influencent l'autoévaluation de la santé mentale. Bien que l'AESM ne corresponde pas directement à des états mentaux morbides mesurés (ou diagnostiqués), les perceptions sont, en elles-mêmes, importantes. Ainsi, elles jouent un grand rôle dans la recherche d'un traitement[8].

Limites

Les versions antérieures de la Composite International Diagnostic Interview ont été validées, mais non la version des World Mental Health Surveys qui est utilisée dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être. Par conséquent, nous ne savons pas dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par des professionnels de la santé concorderaient avec les classifications basées sur les données de cette enquête.

Comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne comportait pas de module pour certains troubles mentaux relativement fréquents (p. ex., trouble anxieux généralisé), l'association de ces troubles avec l'autoévaluation de la santé mentale n'a pu être évaluée. La prévalence d'autres troubles mentaux (trouble dysthymique, schizophrénie, trouble obsessionnel-compulsif, psychose) est mesurée uniquement d'après des diagnostics autodéclarés, pour lesquels on ignore l'effet de l'erreur de déclaration. Les participants à l'enquête pourraient souffrir de troubles mentaux non diagnostiqués que les questions n'ont pas permis de saisir, ou ils pourraient ne pas avoir déclaré les troubles diagnostiqués à cause de la stigmatisation, d'un biais de remémoration ou d'autres facteurs. Certaines personnes présentant des troubles mentaux pourraient donc ne pas avoir été décelées, causant ainsi une sous-estimation de l'association entre les troubles mentaux autodéclarés et l'AESM.

Étant donné la conception transversale de l'étude, l'ordre temporel des événements ne peut pas être inféré. Nous ne pouvons déterminer avec certitude si une AESM passable/mauvaise prédit la présence d'états mentaux morbides ou si la présence d'états mentaux morbides donne lieu à une autoévaluation passable/mauvaise.

Les périodes de référence utilisées pour les mesures de la morbidité mentale variaient : pour l'AESM, il s'agit d'une période de référence non spécifiée sous-entendant le présent. Pour les troubles évalués selon la WMH-CIDI, la période de référence est le mois précédent, les 12 mois précédents ou le cours de la vie; pour les troubles mentaux autodéclarés, il s'agit des troubles ayant duré ou devant durer en principe au moins six mois et plus, et pour la détresse psychologique, la référence était le mois précédent. Cette situation pourrait avoir causé des sous-estimations des associations entre les mesures de la morbidité mentale et l'AESM quand la morbidité mentale n'était pas courante. Néanmoins, la présente analyse révèle des associations significatives entre toutes les mesures de morbidité mentale et une AESM passable/mauvaise, ce qui démontre la force de la relation, indépendamment de la période de référence.

Conclusion

Il s'agit de la première étude représentative de la population nationale conçue pour examiner les associations entre l'AESM et certaines mesures de la morbidité mentale dans la population canadienne. Les résultats vont dans le sens de ceux d'études antérieures démontrant que l'AESM est associée à une série de mesures de la santé mentale. La grande gamme de mesures de la morbidité mentale évaluée, la grande portée de l'enquête représentative de la population et l'approche multivariée renforcent cette analyse.

Nous avons dégagé des associations fortement positives entre toutes les mesures de la morbidité mentale et l'AESM, les associations entre la prévalence le mois précédent et l'AESM étant plus fortes que celles entre la prévalence au cours des 2 à 12 mois précédents et l'AESM, lesquelles, sont, à leur tour, plus fortes que les associations entre l'AESM et l'existence d'un trouble au cours de la vie, mais non au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, pour chaque mesure de morbidité mentale, un pourcentage appréciable de participants à l'enquête ne percevaient pas leur santé mentale comme passable ou mauvaise. D'autres études seront nécessaires en vue d'en découvrir les raisons.

En ce qui concerne les états morbides individuels, l'AESM ne peut pas être utilisée pour suivre les tendances, examiner l'étiologie, prédire le besoin de traitement ou déterminer si les personnes qui ont besoin d'un traitement le reçoivent. Cependant, son association forte et cohérente avec une large gamme de mesures de la morbidité mentale en fait un indicateur potentiellement utile pour la surveillance de la santé mentale générale. En outre, l'AESM reflète les perceptions des individus quant à leur santé mentale, lesquelles ont des incidences sur l'utilisation des services et l'observation du traitement.

L'AESM est la seule mesure de niveau national de la santé mentale offerte par les enquêtes sur la santé réalisées à l'heure actuelle par Statistique Canada. En aidant à comprendre ce que représente l'AESM, la présente étude facilite l'utilisation de cette mesure dans les enquêtes courantes et comme indicateur de la santé. ■

Références

1. A. Singh-Manoux, J.F. Martikainen, M. Zins *et al.*, « What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 2006, p. 364-372.
2. N.M. Krause et G.M. Jay, « What do global self-rated health items measure? », *Medical Care*, 32(9), 1994, p. 930-942.
3. E.L. Idler, S.V. Hudson et H. Leventhal, « The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach », *Research on Aging*, 21(3), 1999, p. 458-476.
4. K. Honjo, N. Kawakami, T. Takeshima *et al.*, « Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan », *Journal of Epidemiology*, 16, 2006, p. 223-232.
5. N.E. Mulvaney-Day, M. Alegria et W. Sribney, « Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States 2007 », *Social Science and Medicine*, 64, 2007, p. 477-495.
6. M. Shields, « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, 19(2), 2008, p. 57-67 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
7. S.J. Katz, R.C. Kessler, R.G. Frank *et al.*, « The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care », *American Journal of Public Health*, 87(7), 1997, p. 1136-1143.
8. P.J. Leaf, M.L. Bruce, G.L. Tischler *et al.*, « Factors affecting the utilization of specialty and general medical mental health services », *Medical Care*, 26(1), 1998, p. 9-26.
9. C.E. Albizu-Garcia, M. Alegria, D. Freeman et M. Vera, « Gender and health service use for a mental health problem », *Social Science and Medicine*, 53, 2001, p. 865-878.
10. T.P. Ng, A.Z. Jin, R. Ho *et al.*, « Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults », *Psychiatric Services*, 59(1), 2008, p. 105-108.
11. S.H. Zuvekas et J.A. Fleishman, « Self-rated mental health and racial/ethnic disparities in mental health service use », *Medical Care*, 46(9), 2008, p. 915-923.
12. M. Olfson, S.C. Marcus, M. Tedeschi et G.J. Wan, « Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States », *American Journal of Psychiatry*, 163, 2006, p. 101-108.
13. J.A. Fleishman et S.H. Zuvekas, « Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning », *Medical Care*, 45(7), 2007, p. 602-609.
14. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, *Sample Design of the Canadian Mental Health Survey. Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Statistical Society of Canada, 2001, p. 93-98.
15. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca (consulté le 7 août 2008).
16. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
17. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
18. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
19. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
20. R.C. Kessler, G. Andrews, L. Colpe *et al.*, « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress », *Psychological Medicine*, 32(6), 2002, p. 959-976.
21. R. Sadana, C.D. Mathers, A.D. Lopez *et al.*, *Comparative Analyses of More than 50 Household Surveys on Health Status. Summary Measures of Population Health 2002*, Geneva, World Health Organization, p. 369-386.
22. C.E. Ross et J. Mirowsky, « Age and the balance of emotions », *Social Science and Medicine*, 66, 2008, p. 2391-2400.
23. P.A. Kurdyak et G.H. Gnam, « Small signal, big noise: Performance of the CIDI depression module », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13), 2005, p. 851-856.
24. A. Singh-Manoux, P. Clarke et M. Marmot, « Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures », *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 2002, p. 1192-1199.
25. P.M. Ulbrich, G.J. Warheit et R.S. Zimmerman, « Race, socioeconomic status, and psychological distress: An examination of differential vulnerability », *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1), 1989, p. 131-146.
26. L. Myer, D.J. Stein, A. Grimsrud *et al.*, « Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults », *Social Science and Medicine*, 66, 2008, p. 1828-1840.
27. V. Lorant, D. Deliege, W. Eaton *et al.*, « Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis », *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 2003, p. 98-112.
28. C. Muntaner, W.W. Eaton, R. Riech *et al.*, « Socioeconomic position and major mental disorders », *Epidemiologic Reviews*, 26, 2004, p. 53-62.
29. J.B. Dowd et A. Zajacova, « Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? », *International Journal of Epidemiology*, 36, 2007, p. 1214-1221.
30. K.H. Humphries et E. van Doorslaer, « Income-related health inequality in Canada », *Social Science and Medicine*, 50, 2000, p. 663-671.
31. A. Singh-Manoux, A. Dugravot, M.J. Shipley *et al.*, « The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study », *International Journal of Epidemiology*, 36, 2007, p. 1222-1228.
32. J.P. Mackenbach, P. Martikainen, C.W.N. Looman *et al.*, « The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study », *International Journal of Epidemiology*, 34, 2005, p. 286-293.
33. T. Bago D'Uva, E. van Dorslaer, M. Lindeboom et O. O'Donnell, « Does reporting heterogeneity bias the measurement of health disparities? », *Health Economics*, 17, 2008, p. 351-375.
34. B.G. Link, J.C. Phelan, M. Bresnahan *et al.*, « Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance », *American Journal of Public Health*, 89(9), 1999, p. 1328-1333.
35. T.B. Ustun, « The global burden of mental disorders », *American Journal of Public Health*, 89(9), 1999, p. 1315-1318.
36. T. Vos et C.D. Mathers, « The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study », *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 2000, p. 427-438.
37. M. Cerda, A. Sagdeo et S. Galea, « Comorbid forms of psychopathology: Key patterns and future research directions », *Epidemiologic Reviews*, 2008, p. 1-23.

Annexe

Tableau A
Nombre et pourcentage de cas catégorisés comme présentant un trouble mesuré selon la WMH-CIDI au cours des 12 mois précédents, selon le type de trouble et certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	N'importe lequel		Dépression		Trouble bipolaire I		Trouble panique		Phobie sociale		Agoraphobie		Multiples	
Caractéristiques	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**	**milliers**	**%**
Total	**2 037,0**	**8,4**	**981,1**	**4,0**	**239,4**	**1,0**	**376,0**	**1,5**	**746,1**	**3,0**	**183,4**	**0,7**	**399,5**	**1,6**
Sexe														
Hommes†	758,9	6,3	355,6	2,9	116,8	1,0	125,4	1,0	313,5	2,6	44,2	0,4	164,0	1,3
Femmes	1 278,0	10,4*	625,5	5,0*	122,6	1,0	250,5	2,0*	432,6	3,4*	139,2	1,1*	235,5	1,9*
Groupe d'âge														
15 à 24 ans†	474,4	11,6	210,5	5,1	72,8	1,8	73,5	1,8	193,3	4,7	33,6	0,8	89,1	2,2
25 à 44 ans	882,4	9,5*	407,6	4,3	114,3	1,2*	180,5	1,9	329,1	3,5*	85,0	0,9	194,5	2,1
45 à 64 ans	563,9	7,6*	292,7	3,9*	51,9	0,7*	107,1	1,4	191,2	2,5*	50,9‡	0,7‡	102,8	1,4*
65 ans et plus	116,3	3,3*	70,3	1,9*	F	F	14,8‡	0,4*‡	32,5‡	0,9*‡	13,9‡	0,4*‡	F	F
État matrimonial														
Marié(e)/union libre†	952,2	6,4	435,7	2,8	101,3	0,7	193,2	1,3	348,9	2,3	78,3	0,5	171,7	1,1
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	360,2	11,7*	207,7	6,5*	38,7	1,2*	61,7	2,0*	99,3	3,1*	49,0‡	1,5*‡	75,3	2,4*
Jamais marié(e)	722,5	11,6*	336,6	5,3*	99,4	1,6*	121,1	1,9*	296,9	4,7*	56,2	0,9*	152,4	2,4*
Niveau de scolarité														
Pas de diplôme d'études secondaires†	542,4	8,9	237,5	3,8	82,5	1,3	86,6	1,4	213,6	3,4	61,0‡	1,0‡	115,3	1,8
Diplôme d'études secondaires	389,7	8,5	185,2	4,0	40,8	0,9*	95,6	2,1*	138,1	3,0	31,3‡	0,7‡	81,2	1,7
Études postsecondaires partielles	216,6	10,7*	101,2	4,9	29,5	1,4	40,8	2,0	78,9	3,8	27,1‡	1,3‡	42,7	2,1
Diplôme collégial / d'une école de métiers	541,2	8,3	255,0	3,8	63,1	0,9	103,7	1,6	199,1	3,0	38,6‡	0,6‡	101,0	1,5
Diplôme universitaire	331,2	6,9*	192,0	3,9	19,1‡	0,4*‡	48,9	1,0	114,1	2,3*	25,3‡	0,5*‡	57,9	1,2*
Quintile de revenu du ménage														
Inférieur†	483,3	11,0	233,2	5,2	62,3	1,4	103,6	2,3	166,1	3,7	63,9‡	1,4‡	113,7	2,5
Moyen-inférieur	384,6	8,8*	185,9	4,1*	51,0	1,1	65,6	1,5*	143,8	3,2	31,3‡	0,7*‡	69,6	1,6*
Moyen	346,3	7,7*	156,6	3,4*	43,5‡	1,0*	70,5	1,6*	119,1	2,6*	30,5‡	0,7*‡	60,0	1,3*
Moyen-supérieur	341,1	7,8*	168,9	3,8*	32,7‡	0,7*‡	57,9	1,3*	137,3	3,1	24,5‡	0,6*‡	71,0‡	1,6*‡
Supérieur	291,0	6,7*	127,7	2,9*	25,4‡	0,6*‡	60,3	1,4*	114,3	2,6*	20,9‡	0,5*‡	48,6	1,1*
Immigrant														
Oui	307,2	5,7*	167,2	3,1*	34,6‡	0,6*‡	43,8‡	0,8*‡	96,8	1,8*	39,3‡	0,7‡	65,5‡	1,2*‡
Non†	1 711,1	9,1	806,0	4,2	198,6	1,0	330,7	1,7	641,2	3,3	143,7	0,8	329,0	1,7
Problème de santé chronique														
Oui	1 375,6	10,4*	674,3	4,9*	178,4	1,3*	278,9	2,1*	480,4	3,5*	126,3	0,9*	294,4	2,2*
Non†	573,9	5,7	269,5	2,6	54,2	0,5	87,4	0,9	223,7	2,2	55,6‡	0,5‡	95,4	0,9

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F coefficient de variation de plus de 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002

Tableau B
Nombre et pourcentage de cas présentant un trouble mental diagnostiqué autodéclaré, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	N'importe lequel		Trouble dysthymique		Schizophrénie		Psychose		Syndrome de stress post-traumatique		Multiples	
Caractéristiques	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	**496,0**	**2,0**	**83,5**	**0,3**	**63,2**	**0,3**	**169,9**	**0,7**	**253,4**	**1,0**	**64,8**	**0,3**
Sexe												
Hommes†	207,3	1,7	30,2‡	0,3‡	38,3‡	0,3‡	65,9	0,5	106,1	0,9	29,1	0,2
Femmes	288,7	2,3*	53,4‡	0,4*‡	24,9‡	0,2‡	104,0	0,8*	147,3	1,2*	35,7	0,3
Groupe d'âge												
15 à 24 ans†	58,8	1,4	F	F	F	F	29,9‡	0,7‡	24,1‡	0,6‡	6,5‡	0,2‡
25 à 44 ans	210,6	2,2*	36,7	0,4‡	36,2‡	0,4‡	68,6	0,7	106,3	1,1*	31,3	0,3*
45 à 64 ans	184,6	2,4*	33,2	0,4‡	15,9‡	0,2‡	61,2	0,8	100,9	1,3*	23,6‡	0,3*
65 ans et plus	42,0	1,1	7,1‡	0,2‡	F	F	10,1‡	0,3*‡	22,2‡	0,6‡	F	F
État matrimonial												
Marié(e)/union libre†	225,9	1,5	35,1‡	0,2‡	18,0‡	0,1‡	72,6	0,5	126,7	0,8	23,1‡	0,2‡
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	104,0	3,3*	19,2‡	0,6*‡	8,2‡	0,3*‡	33,5	1,0*	66,0	2,1*	20,5‡	0,6*‡
Jamais marié(e)	166,1	2,6*	29,2‡	0,5*‡	37,0‡	0,6*‡	63,8	1,0*	60,7	1,0	21,2‡	0,3*‡
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires†	125,8	2,0	16,3‡	0,3‡	21,4	0,3‡	41,8	0,7	68,2	1,1	20,0‡	0,3‡
Diplôme d'études secondaires	76,9	1,6	6,4‡	0,1‡	F	F	30,0‡	0,6‡	34,5	0,7*	F	0,1*‡
Études postsecondaires partielles	55,6	2,7	7,7‡	0,4‡	F	F	20,3‡	1,0‡	30,3‡	1,5‡	F	F
Diplôme collégial / d'une école de métiers	138,7	2,1	25,0	0,4‡	9,1‡	0,1*‡	48,6	0,7	77,0	1,2	17,3	0,3‡
Diplôme universitaire	98,3	2,0	28,2	0,6‡	F	F	28,9	0,6	43,4	0,9	12,2‡	0,3‡
Quintile de revenu du ménage												
Inférieur†	156,6	3,5	19,0‡	0,4‡	28,1	0,6	60,6	1,3	77,2	1,7	24,4	0,5
Moyen inférieur	89,4	2,0*	14,2‡	0,3‡	F	F	32,9‡	0,7*‡	48,8	1,1*	11,8‡	0,3*‡
Moyen	84,2	1,8*	16,3‡	0,4‡	F	F	24,8‡	0,5*‡	44,1‡	1,0*‡	F	F
Moyen supérieur	67,8	1,5*	F	F	F	F	20,0‡	0,5*‡	38,0	0,9*	9,7‡	0,2*‡
Supérieur	57,7	1,3*	F	F	F	F	20,0‡	0,5*‡	27,1‡	0,6*‡	6,8‡	0,2*‡
Immigrant												
Oui	65,0	1,2*	11,7‡	0,2‡	F	F	15,7‡	0,3*‡	38,7	0,7*	F	F
Non†	422,9	2,2	68,1	0,4	57,1	0,3	152,7	0,8	211,4	1,1	57,2	0,3
Problème de santé chronique												
Oui	397,4	2,9*	61,9	0,5*	46,4‡	0,3*‡	37,5	1,0*	217,7	1,6*	53,0	0,4*
Non†	95,4	0,9	19,9‡	0,2‡	16,8‡	0,2‡	132,0	0,4	34,6	0,3	11,8‡	0,1‡

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F coefficient de variation de plus de 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage)
Source Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002

Tableau C
Rapports de cotes corrigés reliant les troubles mesurés selon la WMH-CIDI à l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, selon le type de trouble et certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	N'importe lequel			Depression			Trouble bipolaire I			Trouble panique			Phobie sociale			Agoraphobie			Multiples		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à
Récence du trouble																					
Mois précédent	11,2*	9,1	13,9	22,4*	16,5	30,4	13,1*	7,4	23,2	11,4*	7,8	16,7	13,7*	10,7	17,5	5,5*	2,9	10,6	37,3*	22,9	60,8
2 à 12 mois précédents	6,3*	5,2	7,7	8,1*	6,5	10,1	7,4*	5,1	10,7	6,2*	2,8	13,9	7,6*	5,7	10,2	4,7*	2,3	9,9	6,8*	4,7	9,7
Au cours de la vie, mais pas les 12 mois précédents	2,4*	2,0	2,8	1,9*	1,5	2,3	3,4*	2,5	4,7	2,4*	1,8	3,2	3,4*	2,8	4,2	2,8*	1,7	4,8	2,6*	2,0	3,5
Jamais[1]	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..
Sexe																					
Hommes	1,1	0,9	1,2	1,0	0,9	1,2	0,9	0,8	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1
Femmes[1]	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..
Âge	1,0	0,99	1,0	0,99*	0,99	1,0	0,99*	0,99	1,0	0,99*	0,99	0,99	0,99*	0,99	1,0	0,99*	0,99	0,99	0,99*	0,99	0,99
État matrimonial																					
Marié(e)/union libre[1]	1,0			1,0			1,0			1,0			1,0			1,0			1,0		
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	1,6*	1,4	1,9	1,6*	1,4	1,9	1,8*	1,5	2,1	1,9*	1,6	2,3	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2	1,8*	1,6	2,2
Jamais marié(e)	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,6	1,4*	1,2	1,6	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,6	1,4*	1,1	1,6
Niveau de scolarité																					
Pas de diplôme d'études secondaires[1]	1,0			1,0			1,0			1,0			1,0			1,0			1,0		
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	1,0	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	1,1
Études postsecondaires partielles	0,8	0,6	1,0	0,8	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,8	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	0,7	1,0
Diplôme collégial / d'une école de métiers	0,8*	0,7	1,0	0,8*	0,7	0,9	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0	0,9*	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0
Diplôme universitaire	0,7*	0,6	0,9	0,6*	0,5	0,8	0,7*	0,6	0,9	0,8*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,9
Quintile de revenu du ménage																					
Inférieur[1]	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..
Moyen-inférieur	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8
Moyen	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,6	0,6*	0,5	0,7
Moyen-supérieur	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,4	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7
Supérieur	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4
Immigrant																					
Oui	1,0	0,8	1,2	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	1,0	0,8	1,2	0,9	0,7	1,0	0,9	0,8	1,1
Non[1]	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..
Problème de santé chronique																					
Oui	2,4*	2,0	2,8	2,7*	2,3	3,1	2,8*	2,4	3,3	2,9*	2,4	3,4	2,7*	2,3	3,2	3,0*	2,6	3,5	2,8*	2,4	3,3
Non[1]	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..	1,0	..	..

[1] catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
.. n'ayant pas lieu de figurer
Nota : La catégorie Données manquantes a été incluse dans les modèles pour Revenu du ménage et Problème de santé chronique afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002.

Tableau D
Rapports de cotes corrigés reliant les troubles mentaux diagnostiqués autodéclarés à l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, selon le type de trouble et certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	N'importe lequel			Trouble dysthymique			Schizophrénie			Psychose			Syndrome de stress post-traumatique			Multiples		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à
Présence du trouble																		
Oui	10,2*	8,4	12,6	11,3*	6,8	18,7	11,5*	6,3	21,1	12,7*	9,5	17,1	8,8*	6,7	11,7	23,0*	14,5	36,4
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Sexe																		
Hommes	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1
Femmes†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge	0,99*	0,99	0,99	0,99*	0,98	0,99	0,99*	0,98	0,99	0,99*	0,99	0,99	0,99*	0,99	0,99	0,99*	0,99	0,99
État matrimonial																		
Marié(e)/union libre†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	1,8*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,6	2,2
Jamais marié(e)	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,2	1,6	1,3*	1,1	1,6
Niveau de scolarité																		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	1,1
Études postsecondaires partielles	0,8	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,8	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1
Diplôme collégial / d'une école de métiers	0,8*	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0	0,9*	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0	0,9*	0,7	1,0
Diplôme universitaire	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,9
Quintile de revenu du ménage																		
Inférieur†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Moyen-inférieur	0,7*	0,6	0,9	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,6	0,8
Moyen	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,6	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7
Moyen-supérieur	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,4	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7
Supérieur	0,4*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4
Immigrant																		
Oui	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Problème de santé chronique																		
Oui	2,7*	2,4	3,2	3,0*	2,6	3,5	3,0*	2,6	3,5	2,9*	2,5	3,4	2,9*	2,5	3,3	3,0*	2,6	3,5
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : La catégorie Données manquantes a été incluse dans les modèles pour Revenu du ménage et Problème de santé chronique afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002

Tableau E
Rapports de cotes corrigés reliant la détresse psychologique à l'autoévaluation de la santé mentale passable/mauvaise, selon certaines caractéristiques, population de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

Caractéristiques	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Niveau de détresse			
Intense (score de 13 à 24)	28,2*	22,9	34,7
Modérée (score de 9 à 12)	8,4*	7,1	10,0
Aucune (score de 0 à 8)†	1,0	...	...
Sexe			
Hommes	1,0	0,9	1,1
Femmes†	1,0	...	...
Âge	1,00*	0,99	1,00
État matrimonial			
Marié(e)/union libre†	1,0	...	...
Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	1,8*	1,5	2,1
Jamais marié(e)	1,3*	1,1	1,5
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...	...
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,8	1,1
Études postsecondaires partielles	0,9	0,7	1,1
Diplôme collégial / d'une école de métiers	0,9	0,8	1,1
Diplôme universitaire	0,8*	0,7	1,0
Quintile de revenu du ménage			
Inférieur†	1,0	...	...
Moyen-inférieur	0,8*	0,7	1,0
Moyen	0,7*	0,6	0,8
Moyen-supérieur	0,7*	0,6	0,9
Supérieur	0,5*	0,4	0,6
Immigrant			
Oui	0,9	0,7	1,1
Non†	1,0	...	...
Problème de santé chronique			
Oui	2,3*	2,0	2,7
Non†	1,0	...	...

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : La catégorie Données manquantes a été incluse dans les modèles pour Revenu du ménage et Problème de santé chronique afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002